

## รูปแบบการส่งเสริมสุขภาพในการป้องกันปัญหาสุขภาพจิตของผู้สูงอายุในชุมชน

นรินทิพย์ ฤทธิจิตติ,พ.บ.

โรงพยาบาลโพธิสัย จังหวัดหนองคาย

(วันที่รับบทความ : 8 กุมภาพันธ์ 2564 ; วันที่แก้ไข : 11 กรกฎาคม 2564 ; วันที่ตอบรับ : 2 สิงหาคม 2564)

### บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยแบบกึ่งทดลอง (Quasi-experimental research design) ศึกษาแบบสองกลุ่มวัดซ้ำในระยะก่อนการทดลอง หลังการทดลองและติดตามผล 3 เดือน (Two group pre-post tests and follow-up design) โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษารูปแบบการส่งเสริมสุขภาพในการป้องกันปัญหาสุขภาพจิตของผู้สูงอายุในชุมชน กลุ่มตัวอย่างคือ ผู้สูงอายุที่มีอายุตั้งแต่ 60-80 ปี คัดเลือกตามเกณฑ์กำหนดจำนวน 24 คน เป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม กลุ่มละ 12 คน กลุ่มทดลองได้รับกิจกรรมตามรูปแบบที่กำหนด จำนวน 7 ครั้ง ในระยะเวลา 12 สัปดาห์ เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ประกอบด้วย แบบสอบถามเกี่ยวกับการมองเห็นคุณค่าในตนเอง แบบประเมินความเครียด (ST-5) แบบประเมินสุขภาพจิต (T-GMHA-15) แบบทดสอบสภาพสมองเบื้องต้นฉบับภาษาไทย (MMSE-T 2002) และรูปแบบการส่งเสริมสุขภาพจิตและป้องกันภาวะสมองเสื่อมในผู้สูงอายุ วิเคราะห์ข้อมูลด้วย สถิติ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน Paired sample's t-test และ Independent t-test

ผลการวิจัยพบว่า ผู้สูงอายุภายในกลุ่มทดลองหลังเข้าร่วมกิจกรรม มีระดับการมองเห็นคุณค่าในตนเองสูงขึ้น มีความเครียดลดลง สุขภาพจิตดีขึ้นและสภาพสมองเบื้องต้นดีกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญที่ระดับ.05 และเมื่อเปรียบเทียบความแตกต่างค่าเฉลี่ยคะแนนของการมองเห็นคุณค่าในตนเอง ความเครียด สุขภาพจิตและสภาพสมองเบื้องต้นของผู้สูงอายุระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม พบว่า มีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $P<.05$ ) สรุปว่า โดยเนื้อหาและวิธีการนำมาใช้ของกิจกรรมทั้ง 12 สัปดาห์ที่จัดขึ้นนั้นมีความเหมาะสมกับผู้สูงอายุในชุมชนของพื้นที่ เมื่อนำกิจกรรมมาใช้แล้วสามารถช่วยเสริมสร้างให้ผู้สูงอายุรับรู้ถึงคุณค่าในตนเอง มีสุขภาพจิตที่ดีขึ้น และกระตุ้นความจำให้มีมากขึ้น สามารถนำไปปฏิบัติได้จริงซึ่งก่อให้เกิดผลในการป้องกันปัญหาสุขภาพจิต รวมทั้งช่วยในการป้องกันภาวะสมองเสื่อมของผู้สูงอายุได้ดียิ่งขึ้น

**คำสำคัญ** : การส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ, ปัญหาสุขภาพจิต, ภาวะสมองเสื่อม

## The Health Promotion Model for Prevention of Mental Health Problems of the Elderly in Community

Narintrip Ritthiti,M.D.

Phon Phisai Hospital Nong Khai Province

### Abstract

This research was a quasi-experimental research, two group pre-post tests and follow-up design for 3 months. The purpose of this research was to study the health promotion model for the prevention of mental Health problems and dementia of the elderly in community. The samples were 24 elderly who were 60-80 years old, and randomly assigned into the experimental group 12 people and the control groups 12 people. The experimental group received the programs of 7 sessions in 12 weeks. The tools were Self-esteem, Stress assessment (ST-5), mental health assessment (T-GMHA-15), Mini mental state examination-Thai version (MMSE-T 2002), and the model for promoting mental health and preventing dementia in the elderly. Data were analyzed by using frequency, percentage, arithmetic mean, standard deviation, Paired sample t-test, and independent t-test.

The results found that the experimental group were higher level of self-esteem, reduced stress better mental health and preliminary brain functions that were statistically significantly higher than before participation in the program at .05 levels. There was statistically significant difference compare the mean scores of self-esteems, stress, mental health and cognitive performance among the elderly between the experimental group and the control groups. Conclusions; the contents and adoption of the activities held to 12 weeks were appropriate to the context in the area for implementation. This can help strengthen the elderly's self-esteem and better mental health, stimulate more memory. The results were prevention of mental health problems as well as helping to slow down the dementia of the elderly.

**Keywords :** Elderly health promotion model, Prevention Health mental, Prevention dementia

\* Corresponding author : N.narintip@hotmail.com

## บทนำ

ประเทศไทยจัดได้ว่าเป็นอีกประเทศหนึ่งที่เข้าก้าวเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุ (Aging Society) เร็วกว่าประเทศที่พัฒนาแล้ว ทั้งนี้เนื่องจากการเปลี่ยนแปลงโครงสร้างทางประชากรที่มีผู้สูงอายุเพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็ว จากการมีอัตราการตายและการเจริญพันธุ์ลดลง เนื่องจากการมีระบบในการรักษาพยาบาลที่มีประสิทธิภาพมากขึ้น ซึ่งมีการคาดการณ์กันว่าในปี พ.ศ. 2578 จะมีสัดส่วนของผู้สูงอายุมากกว่าร้อยละ 30 ของประชากรทั้งหมด (กรมกิจการผู้สูงอายุ, 2562) และในปี พ.ศ. 2583 จะมีผู้สูงอายุมากกว่าครึ่งหนึ่งที่มีอายุตั้งแต่ 70 ปี ขึ้นไป (สำนักพัฒนาระบบข้อมูลข่าวสารสุขภาพ, 2562) ปัจจุบันประเทศไทยมีผู้สูงอายุ 60 ปีขึ้นไป จำนวน 12 ล้านคน คิดเป็นร้อยละ 18 และในปี พ.ศ. 2564 จะเพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 20 โดยมีประชากรผู้สูงอายุมากกว่าเด็ก และคิดเป็นสัดส่วนประมาณ 1 ใน 5 ของประชากรทั้งหมด ซึ่งชี้ให้เห็นว่าประเทศไทยจะก้าวเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุอย่างสมบูรณ์ในอีกไม่กี่ปีข้างหน้า (กรมสุขภาพจิต, 2563) และจะทำให้เกิดวัยฟิงฟิงทั้งในเชิงเศรษฐกิจและสังคมมากขึ้น ซึ่งสอดคล้องกับการคาดการณ์ของสถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุที่ว่า การที่มีผู้สูงอายุเพิ่มขึ้นจะทำให้เกิดภาวะการณ์ฟิงฟิงมากขึ้นจนไม่สามารถสร้างระบบรองรับในการดูแลได้อย่างเต็มที่ รวมทั้งขาดการเตรียมการที่จะส่งเสริมสุขภาพตั้งแต่ช่วงก่อนเข้าสู่วัยสูงอายุไปจนถึงวัยสูงอายุที่แท้จริง (สำนักงานเลขาธิการสภาผู้แทนราษฎร, 2561) วัยสูงอายุเป็นช่วงรอยต่อของชีวิต ซึ่งเปลี่ยนจากวัยกลางคนเข้าสู่วัยสูงอายุ ทำให้ต้องเผชิญกับการเปลี่ยนแปลงต่างๆมากมาย ทั้งด้านร่างกาย จิตใจ และสังคม การเปลี่ยนแปลงต่างๆเหล่านี้ เป็นไปในลักษณะเสื่อมถอย มีข้อจำกัดในการทำหน้าที่ของร่างกายในด้านใดด้านหนึ่งหรือหลายๆด้าน ทำให้เกิดปัญหาทางด้านจิตใจที่อาจส่งผลกระทบต่อสุขภาพกายและการดำเนินชีวิตประจำวันต่อไปได้ (สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ, 2561) จะเห็นว่าเมื่อคนเรามีอายุมากขึ้น ก็มีโอกาสที่จะต้องมีความเสี่ยงสูงจากการเกิดโรคต่างๆตามไปด้วย ซึ่งสาเหตุมาจากความเสื่อมตามธรรมชาติของร่างกายเอง และโรคประจำตัวเรื้อรังต่างๆในหลายๆโรคก็จะสูงขึ้น ซึ่งจากการศึกษาภาวะเจ็บป่วยในผู้สูงอายุ พบว่า ผู้สูงอายุมีโอกาสเกิดโรคต่างๆมากกว่าวัยอื่นๆสูงถึง 4 เท่า ซึ่งร้อยละ 40 นั้นเป็นโรคเรื้อรังอย่างน้อย 1 โรค (สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข, 2560) ส่งผลให้ความสามารถในการทำงานได้ตามปกติค่อยๆลดลง กระทบต่อการมีรายได้ที่ลดลงด้วย และจำเป็นที่จะต้องพึ่งพิงคนอื่นมากขึ้น ทำให้ผู้สูงอายุเกิดความรู้สึกท้อแท้ สิ้นหวัง มองชีวิตตนเองไร้ค่า ซึ่งสิ่งเหล่านี้ล้วนส่งผลต่อภาวะจิตใจก่อให้เกิดภาวะซึมเศร้าตามมาได้ (นริสา วงศ์พนารักษ์ และสายสมร เฉลยกิตติ, 2557)

จากการคัดกรองความสุขของผู้สูงอายุไทย พบว่า คะแนนเฉลี่ยความสุขของผู้สูงอายุไทยต่ำกว่าบุคคลทั่วไปประมาณ 1 ใน 3 ของประชากร ซึ่งนับได้ว่าเป็นผู้ที่มีความเปราะบางทางด้านจิตใจ ที่มีสาเหตุมาจากปัญหาการเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังร่วมด้วย จนทำให้เกิดความรู้สึกต่อตนเองว่าตนเองนั้นมีคุณค่าลดลง และจัดได้ว่าเป็นความเสี่ยงที่จะก่อให้เกิดปัญหาทางด้านสุขภาพจิตเพิ่มขึ้นตามมา (กรมสุขภาพจิต, 2559) นอกจากนี้ ผู้สูงอายุไทยยังพบปัญหาการมีความจำบกพร่องร่วมด้วย ประกอบกับการมีอายุที่เพิ่มขึ้น ซึ่งจะมีส่วนช่วยเสริมและเพิ่มโอกาสที่จะทำให้เกิดภาวะสมองเสื่อม จะเห็นว่าภาวะสมองเสื่อมนั้นเป็นโรคที่มีผลกระทบต่อความจำความสามารถ

ในการคิดวิเคราะห์ และพฤติกรรม อันส่งผลกระทบต่อความสามารถในการดำเนินชีวิตประจำวันของบุคคล ซึ่งเป็นสาเหตุหลักของความไร้สมรรถภาพ และต้องกลายเป็นผู้มีภาวะพึ่งพิงของผู้สูงอายุทั่วโลก อีกทั้งยังส่งผลกระทบต่อผู้ดูแล ครอบครัว ชุมชนและสังคมอีกด้วย (Fagundes, Pereira, Bueno & Assis, 2017) และในการเกิดภาวะสมองเสื่อมนั้นก็มีส่วนสาเหตุในหลายๆปัจจัย ทั้งที่มาจากความเสื่อมสลายของเซลล์ประสาทเอง อันส่งผลต่อการทำงานของสมองโดยตรง และการมีความเครียดที่เกิดขึ้นในชีวิตประจำวันของผู้สูงอายุเองประกอบกับภาวะแวดล้อมอื่นๆที่เกี่ยวข้อง ก็ล้วนเป็นสาเหตุสำคัญที่จะช่วยเร่งให้มีภาวะสมองเสื่อมได้เร็วขึ้น (ชนันท์วัลย์ วุฒินโภคิน, ปาริชาติ อ้นองอาจ, และพนิดา ไชยมิ่ง, 2563) ซึ่งในปัจจุบันภาวะสมองเสื่อมยังไม่มีวิธีการรักษา จึงมีความพยายามที่จะป้องกันและชะลอการเกิดภาวะสมองเสื่อมในช่วงปลายของชีวิตให้ได้มากขึ้น ทั้งนี้เพื่อลดผลกระทบที่เกิดขึ้นกับตัวผู้สูงอายุเองและบุคคลในครอบครัว ดังนั้นการป้องกันจึงปัญหาที่จะเกิดขึ้นจึงเป็นวิธีการที่สำคัญที่จะช่วยชะลอปัญหาดังกล่าวได้

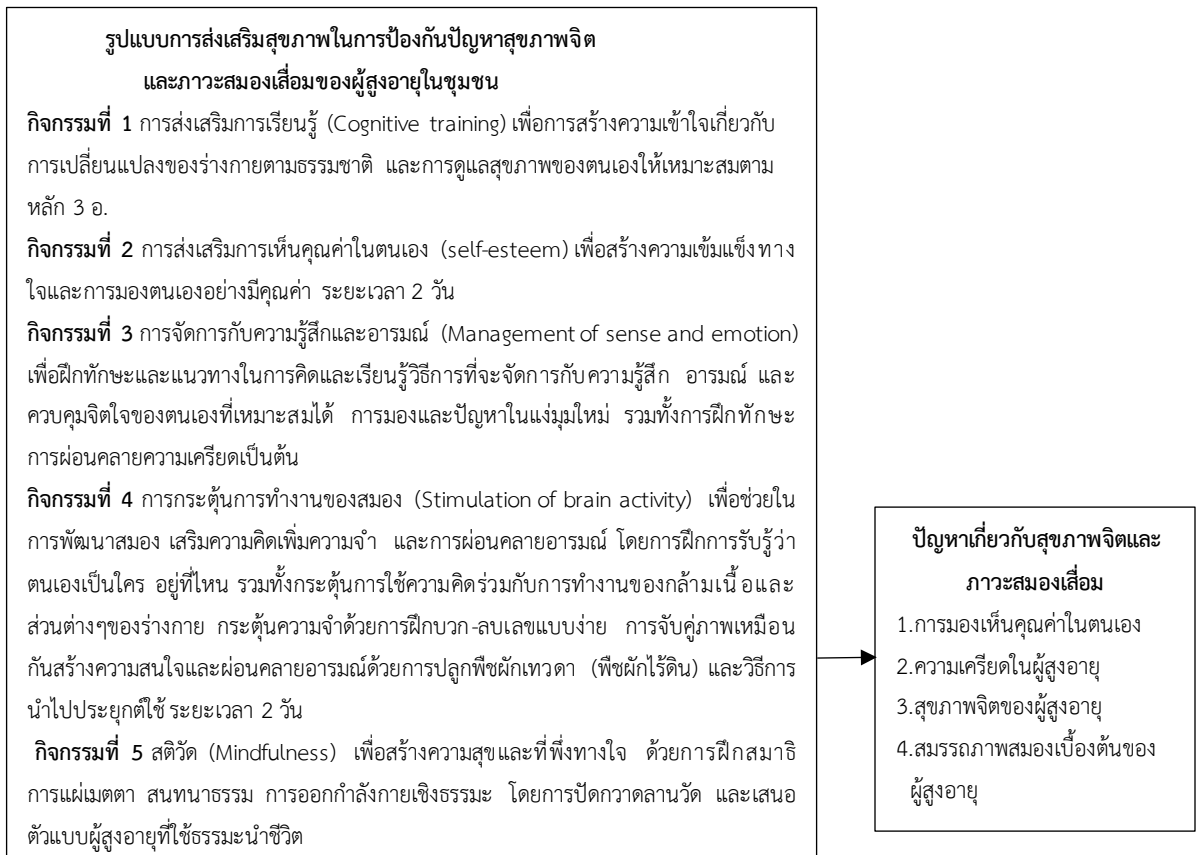
จากการสำรวจข้อมูลทางสุขภาพของผู้สูงอายุในจังหวัดหนองคาย โดยการคัดกรองภาวะซึมเศร้า ด้วยแบบสอบถามภาวะซึมเศร้า (2Q) และแบบคัดกรองภาวะสมองเสื่อม (AMT) ในผู้สูงอายุ 60 ปีขึ้นไป พบว่ามีผู้สูงอายุที่มีภาวะซึมเศร้าและมีภาวะสมองเสื่อมมากขึ้น ซึ่งอำเภอโพนพิสัยเองก็พบปัญหาดังกล่าวคลึงกันกับจังหวัดเช่นกัน โดยพบว่าตั้งแต่ปี พ.ศ.2559-2562 มีผู้สูงอายุที่มีภาวะซึมเศร้า คิดเป็นร้อยละ 58.55, 42.05, 55.60 และ 67.85 ตามลำดับ และที่มีภาวะสมองเสื่อม คิดเป็นร้อยละ 1.18, 3.66 , 0.34 และ 4.50 ตามลำดับ โดยเฉพาะอย่างยิ่งบ้านดงสระพัง ตำบลนาหนัง อำเภอโพนพิสัย จังหวัดหนองคาย เป็นหมู่บ้านที่มีผู้สูงอายุมีภาวะสมองเสื่อมมากที่สุดของอำเภอ จากผลการคัดกรองภาวะสมองเสื่อมด้วยแบบคัดกรองภาวะสมองเสื่อม (AMT) ในปี พ.ศ. 2561-2562 พบว่ามีจำนวนเพิ่มขึ้นจาก 2 คนเป็น 79 คน ตามลำดับ (สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดหนองคาย, 2563) จะเห็นว่าเป็นจำนวนที่เพิ่มขึ้นอย่างก้าวกระโดด นับได้ว่าเป็นปัญหาสำคัญที่จะต้องค้นหาแนวทางหรือวิธีการที่จะดำเนินการแก้ไขอย่างเร่งด่วน เพื่อที่จะชะลอปัญหาสุขภาพให้กับผู้สูงอายุดังกล่าวให้เกิดขึ้นได้ช้าลง และให้เกิดผลในทางปฏิบัติอย่างมีรูปธรรม จึงได้นำแนวคิดการส่งเสริมสุขภาพ 5 มิติ มาประยุกต์ใช้แนวคิดพื้นฐานจากการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุแบบองค์รวม (ร่างกาย จิตสังคม และจิตวิญญาณ) ได้แก่ สุขสบาย สุขสนุก สุขสง่า สุขสว่าง และสุขสงบ เป็นหลักในการจัดกิจกรรมของรูปแบบการส่งเสริมสุขภาพให้เกิดความเหมาะสมกับผู้สูงอายุในการส่งเสริมและสร้างการเรียนรู้รวมทั้งจะช่วยปรับแนวคิด และหลักปฏิบัติเพื่อสร้างความสุขจากหลักธรรมะผสมผสานกับแนวคิดการสร้างความสุขเชิงจิตวิทยา อันที่จะช่วยส่งเสริมให้ผู้สูงอายุให้สามารถปรับตัวต่อการเปลี่ยนแปลงด้านต่างๆของตนเองได้ และยังช่วยในการเตรียมความพร้อมให้แก่ผู้สูงอายุให้มีความพร้อมในการปรับตัวเองได้มากขึ้น (จิตติยา สมบัติบุรณ์ และคณะ, 2562) โดยคาดหวังไว้ว่ารูปแบบดังกล่าวจะนำไปสู่การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมที่เหมาะสม เพื่อที่จะช่วยในการชะลอการเกิดปัญหาสุขภาพจิตและภาวะสมองเสื่อมในผู้สูงอายุได้มากยิ่งขึ้น

ดังนั้นผู้วิจัย จึงสนใจที่จะศึกษารูปแบบการส่งเสริมสุขภาพในการป้องกันปัญหาสุขภาพจิตและภาวะสมองเสื่อมของผู้สูงอายุในชุมชนขึ้น ทั้งนี้เพื่อเป็นการส่งเสริมให้ผู้สูงอายุได้มีความเข้าใจกับการเปลี่ยนแปลงทางร่างกายอันเกิดจากความเสื่อมสภาพของอวัยวะต่างๆ และยังช่วยเสริมการเพิ่มทักษะในการดูแลตนเองให้กับผู้สูงอายุ ให้มีความสามารถและมีศักยภาพเพียงพอที่จะช่วยเหลือตนเองได้อย่างเต็มที่ ให้คงไว้ซึ่งความสามารถในการพึ่งพาตนเองเท่าที่จะทำได้ ซึ่งจะช่วยสร้างความมั่นใจให้กับตัวผู้สูงอายุให้เกิดความเชื่อมั่นในความสามารถในการดูแลสุขภาพตนเองได้มากยิ่งขึ้น จนนำไปประยุกต์ใช้กับวิถีชีวิตประจำวันของตนเองได้อย่างเหมาะสม สอดคล้องกับความต้องการและสภาพความเป็นอยู่ของตนเองได้มากที่สุด และอีกประการหนึ่งก็คือ เป็นการเตรียมความพร้อมของผู้สูงอายุเพื่อที่จะรับมือกับปัญหาต่างๆที่จะตามมาจากการเปลี่ยนแปลงที่เป็นไปตามวัย จนสามารถปรับตัวได้ต่อการเปลี่ยนแปลงที่กำลังเกิดขึ้น ให้คงไว้ซึ่งการมีคุณภาพชีวิตที่ดีได้อย่างยาวนานเท่าที่ช่วงชีวิตที่ยังเหลืออยู่และอยู่ในสังคมได้อย่างมีคุณค่า มีความสุขตลอดช่วงวัยปลายแห่งชีวิต

### วัตถุประสงค์การวิจัย

การศึกษาในครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อ ศึกษาแบบการส่งเสริมสุขภาพในการป้องกันปัญหาสุขภาพจิตและภาวะสมองเสื่อมของผู้สูงอายุในชุมชน

### กรอบแนวคิดในการวิจัย



## ระเบียบวิธีการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยแบบกึ่งทดลอง (Quasi-experimental research design) ศึกษาแบบสองกลุ่ม วัดซ้ำในระยยะก่อนการทดลอง หลังการทดลอง (Two group pre-post tests and follow-up design) ซึ่งจัดกิจกรรมให้เฉพาะในกลุ่มทดลองตามรูปแบบที่กำหนด ระยะเวลาในการทำการศึกษ ตั้งแต่เดือนกันยายน พ.ศ. 2563 ถึงเดือนพฤศจิกายน พ.ศ. 2563 ใช้เวลาทั้งสิ้น จำนวน 12 สัปดาห์

## ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้คือ ผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ในบ้านดงสระพัง ตำบลนาหนัง อำเภอโพธิ์ชัย จังหวัดหนองคาย คัดเลือกกลุ่มตัวแบบเจาะจงคือ เป็นผู้สูงอายุที่มีอายุตั้งแต่ 60-80 ปี ไม่เป็นผู้ป่วยจิตเวชหรือปัญหาสุขภาพจิตยังไม่มีภาวะสมองเสื่อมหรือมีสมองเสื่อมระดับเล็กน้อย เมื่อทดสอบด้วย Mini-Mental State Examination: MMSE สามารถเข้าใจภาษาไทยและภาษาถิ่นได้ มีการรับรู้ที่ดี สามารถสื่อความหมายเข้าใจกันได้ ยินดีเข้าร่วมการวิจัยและเข้าร่วมกิจกรรมครบตามที่กำหนด จำนวน 24 คน แบ่งเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม กลุ่มละ 12 คน โดยกลุ่มตัวอย่างที่ใช้เป็นกลุ่มทดลองจะต้องเป็นผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่บริเวณคุ้มท้ายหมู่บ้าน และมีวัดภายในคุ้มบ้านของตนเอง

## เครื่องมือการวิจัย และการตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยประกอบด้วยเครื่องมือ 2 ส่วน ดังนี้

### ส่วนที่ 1 เครื่องมือในการเก็บรวบรวมข้อมูลโดยประกอบด้วย

1.แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพสมรส อาชีพปัจจุบัน ระดับการศึกษา แหล่งที่มาของรายได้ ปัจจุบันอาศัยอยู่กับใคร โรคประจำตัว และประวัติการเจ็บป่วยในช่วงระยะ 6 เดือนที่ผ่านมา เป็นต้น เป็นแบบรายการ (check list) จำนวน 9 ข้อ

2.แบบสอบถามเกี่ยวกับการมองเห็นคุณค่าในตนเอง ซึ่งผู้วิจัยสร้างขึ้นมาเองจากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง เป็นแบบสอบถามแบบมาตราส่วนประมาณค่า (rating scale) มีอยู่ 4 ระดับ คือ มากที่สุด มาก น้อย และน้อยที่สุด มีทั้งคำถามเชิงบวกและเชิงลบ โดยมีน้ำหนักคะแนนเป็น 3, 2, 1 และ 0 คะแนน การแปลผลโดยช่วง 0.00 – 10.00 คะแนน หมายถึง การเห็นคุณค่าในตนเองอยู่ในระดับต่ำ ช่วง 10.01 – 20.00 คะแนน หมายถึง การเห็นคุณค่าในตนเองอยู่ในระดับปานกลาง และช่วง 20.01 – 30.00 คะแนน หมายถึง การเห็นคุณค่าในตนเองอยู่ในระดับสูง มีข้อคำถามทั้งหมด 10 ข้อ

3.แบบประเมินความเครียด พัฒนาโดยอรวรรณ ศิลปกิจ (2558) ซึ่งเกณฑ์การประเมินของแบบประเมินความเครียด (ST-5) มีความสอดคล้องกับผลการประเมินของแบบประเมิน Thai-HADS โดยพบว่ามีค่า Pearson Chi-Square เท่ากับ 69.293 ที่ระดับนัยสำคัญ .000 คำถามเป็นแบบเลือกตอบ ได้แก่ เป็นประจำ เป็นบ่อยครั้งเป็นบางครั้ง และแทบไม่มี โดยมีน้ำหนักเป็น 3, 2, 1 และ 0 คะแนน การแปลผลโดย 8 คะแนนขึ้นไป หมายถึง

มีความเครียดสูง ถ้ามี 5 - 7 คะแนน หมายถึง สงสัยว่ามีปัญหาความเครียด ถ้ามี 0 - 4 คะแนน หมายถึง ไม่มี  
ความเครียดในระดับที่ก่อให้เกิดปัญหากับตัวเอง มีข้อคำถามทั้งหมด 5 ข้อ

4.แบบประเมินสุขภาพจิตใจผู้สูงอายุ พัฒนาโดยประภาส อุครานันท์ และคณะ (2558) ซึ่งมีลักษณะคำถาม  
แบบมาตรวัดประเมินค่า (Rating scale) มีอยู่ 4 ระดับ ได้แก่ ไม่เลย เล็กน้อย มาก และมากที่สุด มีทั้งคำถามเชิงบวก  
และเชิงลบ (ข้อ 3) โดยมีน้ำหนักเป็น 4 3 2 และ 1 คะแนน การแปลผลโดย เมื่อรวมคะแนนทุกข้อ แล้วนำมา  
เปรียบเทียบกับเกณฑ์ปกติที่กำหนด ถ้า 50-60 คะแนน หมายถึง สุขภาพจิตดีกว่าคนทั่วไป ถ้า 43-49 คะแนน  
หมายถึง สุขภาพจิตเท่ากับคนทั่วไป ถ้า  $\leq 42$  คะแนน หมายถึง สุขภาพจิตต่ำกว่าคนทั่วไป มีข้อคำถาม  
ทั้งหมด 15 ข้อ

5.แบบทดสอบสภาพสมองเบื้องต้นฉบับภาษาไทย (MMSE-Thai 2002) ของสถาบันเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ  
(2551) ประกอบด้วย 6 ส่วน คือ การรับรู้สถานที่ (Orientation) การจดจำ (Registration) ความตั้งใจ (Attention)  
การคำนวณ (Calculation) การใช้ภาษา (Language) การระลึกได้ (Recall) ซึ่งแบบประเมินนี้ได้รับความนิยมใช้  
คัดกรองภาวะสมองเสื่อมมากที่สุด การแปลผลโดยคิดแยกคะแนนตามระดับการศึกษา โดยกลุ่มผู้สูงอายุปกติที่ไม่ได้  
เรียนหนังสือมีคะแนนเฉลี่ย  $\leq 14$  คะแนน หมายถึง ผู้ที่น่าจะมีแนวโน้มภาวะสมองเสื่อม โดยแบบทดสอบมีความไว  
(Sensitivity) ร้อยละ 35.4 ความจำเพาะ (Specificity) ร้อยละ 81.1 และ Efficiency เป็น 56.3 กลุ่มผู้สูงอายุปกติ  
เรียนระดับประถมศึกษาที่มีคะแนนเฉลี่ย  $\leq 17$  คะแนน จากคะแนนเต็ม 30 คะแนน หมายถึง ผู้ที่น่าจะมีแนวโน้มภาวะ  
สมองเสื่อม โดยแบบทดสอบมีความไว (Sensitivity) ร้อยละ 56.6 ความจำเพาะ (Specificity) ร้อยละ 93.8  
และ Efficiency เป็น 76.3 และกลุ่มผู้สูงอายุปกติเรียนสูงกว่าระดับประถมศึกษาที่มีคะแนนเฉลี่ย อยู่ที่คะแนน  
 $\leq 22$  คะแนน จากคะแนนเต็ม 30 คะแนน หมายถึง ผู้ที่น่าจะมีแนวโน้มภาวะสมองเสื่อม โดยแบบทดสอบ  
มีความไว (Sensitivity) ร้อยละ 92.0 ความจำเพาะ (Specificity) ร้อยละ 92.6 และ Efficiency เป็น 92.4  
มีข้อคำถามทั้งหมด 11 ข้อ

นำแบบสอบถามเกี่ยวกับการมองเห็นคุณค่าในตนเองที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นเอง ไปปรึกษาผู้ทรงคุณวุฒิ  
จำนวน 3 ท่าน เพื่อตรวจสอบความถูกต้องและความตรงตามเนื้อหา (Content validity) ตลอดจนความถูกต้อง  
เหมาะสมของภาษาที่ใช้ ได้ค่าดัชนีความสอดคล้อง (IOC) โดยรวมเท่ากับ 0.80 นอกจากนั้นนำแบบสอบถามดังกล่าว  
ไปทดสอบความเชื่อมั่นชนิดความสอดคล้องภายใน (Internal Consistency Reliability) โดยนำไปทดสอบกับ  
ผู้สูงอายุที่มีคุณสมบัติคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 12 คน โดยการคำนวณหาความเชื่อมั่นของแบบสอบถาม  
โดยใช้สูตรการหาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's Alpha Coefficient) ค่าเท่ากับ 0.83

**ส่วนที่ 2** รูปแบบการส่งเสริมสุขภาพในการป้องกันปัญหาสุขภาพจิตและภาวะสมองเสื่อมของผู้สูงอายุ  
ในชุมชน ที่ได้จากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง แล้วนำมาประยุกต์ใช้ในการจัดกิจกรรมมีทั้งภาคทฤษฎีและ  
ภาคปฏิบัติควบคู่กันไป ซึ่งในแต่ละกิจกรรม จะใช้กระบวนการกลุ่มเพื่อสร้างการเรียนรู้ซึ่งจะจัดให้เฉพาะกลุ่มทดลอง

ประกอบไปด้วยกิจกรรม 5 กิจกรรม ดังนี้

กิจกรรมที่ 1 : การส่งเสริมการเรียนรู้ เพื่อส่งเสริมความรู้ สร้างความเข้าใจให้แก่ผู้สูงอายุการเปลี่ยนแปลงทางร่างกายของตนเอง

กิจกรรมที่ 2 : การส่งเสริมการเห็นคุณค่าในตนเอง เพื่อให้ผู้สูงอายุเกิดความเชื่อมั่นในตนเอง มองตนเองอย่างมีคุณค่า

กิจกรรมที่ 3 : การจัดการกับความรู้สึกและอารมณ์ เพื่อจัดการความเครียดที่เกิดขึ้น

กิจกรรมที่ 4 : การกระตุ้นการทำงานของสมอง เพื่อช่วยในการบริหารสมอง

กิจกรรมที่ 5 : การส่งเสริมและสร้างความสุขทางใจ เพื่อลดความตึงเครียดของจิตใจ โดยให้ผู้เข้าร่วมกิจกรรมเข้าวัดปฏิบัติธรรม

### การเก็บรวบรวมข้อมูล

ในการดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลของการวิจัยในครั้งนี้ ผู้วิจัยได้เก็บรวบรวมข้อมูลด้วยตนเองร่วมกับผู้ช่วยวิจัยอีก 2 คน โดยจัดกิจกรรมตามรูปแบบที่กำหนดให้กับกลุ่มตัวอย่างผู้สูงอายุที่เข้าร่วมกิจกรรม โดยการเริ่มเก็บข้อมูลตั้งแต่เดือน กันยายน พ.ศ. 2563 ถึงเดือนพฤศจิกายน พ.ศ. 2563 ซึ่งใช้ระยะเวลาในการดำเนินการทั้งหมด จำนวน 12 สัปดาห์ ดังนี้

สัปดาห์ที่ 1: การส่งเสริมความรู้แก่ผู้สูงอายุ (Cognitive training) ใช้เวลา 60 นาที ซึ่งผู้วิจัยอธิบายวัตถุประสงค์ของการวิจัย และให้ผู้สูงอายุได้ผ่อนคลายอารมณ์จากสร้างสัมพันธ์ภาพ ให้ทำความรู้จักกัน พูดคุยกัน แนะนำตัวเองบอกสิ่งที่ชอบเพื่อสร้างปฏิสัมพันธ์ภายในกลุ่ม จากนั้นนำเข้าสู่การเรียนรู้โดยการชมวีดิทัศน์ การบรรยายประกอบภาพและ เกี่ยวกับการเปลี่ยนแปลงด้านร่างกาย จิตใจและอารมณ์ วิธีการและแนวทางการส่งเสริมสุขภาพ ตามหลักการ 3 อ. (อาหาร ออกกำลังกาย อารมณ์) และวิธีการดูแลรักษาสุขภาพของตนเอง จากนั้นสุ่มผู้สูงอายุ 1-2 คน สะท้อนคิดสิ่งที่ได้จากการทำกิจกรรม และชี้แจงกิจกรรมที่จะทำในครั้งต่อไป

สัปดาห์ที่ 2 และ 3 : ส่งเสริมการเห็นคุณค่าในตนเอง (Promoting self - esteem) ใช้เวลา 60 และ 90 นาที ผู้วิจัยให้ผู้สูงอายุฝึกเทคนิคการผ่อนคลาย โดยการแลกเปลี่ยนประสบการณ์เกี่ยวกับ ความประทับใจ การสำรวจข้อดีและคุณค่าของตนเอง การเล่าเรื่องราวแห่งความสำเร็จหรือความภาคภูมิใจของตนเองที่ผ่านมา และเปิดโอกาสให้สมาชิกคนอื่นร่วมแสดงความรู้สึกชื่นชมกับสิ่งดี ๆ หรือความประทับใจของคนที่น่าเสนอ จากนั้นให้ทุกคนได้มีส่วนร่วมในการแสดงความสามารถตามความถนัดของตนเอง เช่น การปรุงยาสมุนไพรพื้นบ้าน การเล่านิทาน การร้องรำ ทัศนกรรม การทำขนมหวาน-อาหารท้องถิ่น เป็นต้น รวมทั้งให้แต่ละคนแสดงความคิดเห็นชื่นชมกับความสามารถของผู้สูงอายุคนอื่นๆ และการเผยแพร่ประชาสัมพันธ์ในรูปแบบแผ่นภาพหรือแผ่นป้ายแสดงความสามารถ จากนั้นการเชิดชูเกียรติเป็นผู้สูงอายุต้นแบบในด้านนั้นๆ ผู้วิจัยสรุปถึงความสำคัญของการเห็นคุณค่าในตนเอง จากนั้นสุ่มสมาชิก 1-2 คน สะท้อนคิดสิ่งที่ได้จากการทำกิจกรรม และชี้แจงกิจกรรมที่จะทำในครั้งต่อไป

สัปดาห์ที่ 4 : การจัดการกับความรู้สึกและอารมณ์ของตนเอง (Management of sense and emotion) ใช้เวลา 80 นาที ผู้วิจัยให้ผู้สูงอายุวาดภาพในหน้าของตนเองแบบง่าย ถ่ายทอดอารมณ์และความรู้สึกของตนเอง และแสดงความคิดเห็นต่อภาพที่ขึ้นมา จากนั้นการปลุกเร้าอารมณ์ (Emotional arousal) โดยใช้คำถามปลายเปิด ให้พูดระบายในสิ่งที่เป็นความเครียด ความอึดอัด และความวิตกกังวล ฯลฯ ออกมาให้ได้มากที่สุด และให้ผู้สูงอายุ ได้พบปะพูดคุยกันแลกเปลี่ยนเรียนรู้ และฝึกการมองโลกในแง่ดี การมองปัญหาในแงุ่มุมใหม่ๆ การปรับเปลี่ยนความคิดด้านลบและทดแทนด้วยความคิดทางเลือกที่สมเหตุสมผล และให้ผู้สูงอายุได้ฝึกทักษะการผ่อนคลายความเครียดด้วยการผ่อนคลายกล้ามเนื้อโดยการฝึกหายใจ เป็นต้น จากนั้นสุ่มสมาชิก 1-2 คน สะท้อนคิดสิ่งที่ได้จากการทำกิจกรรม และชี้แจงกิจกรรมที่จะทำในครั้งต่อไป

สัปดาห์ที่ 5 และ 6 : การกระตุ้นการทำงานของสมอง (Stimulation of brain activity) ใช้เวลา 60 และ 90 นาที ผู้วิจัยให้ผู้สูงอายุวาดภาพตามรูปที่กำหนดและระบายสีตามจินตนาการ และการต่อจุดให้เป็นภาพ การจับคู่ภาพเหมือนกัน จากนั้นการฝึกใช้มือบริหารสมองทำท่าต่างๆ เช่น การจับ-แอล, โป้ง-ก้อย, การใช้มือ ชี้ หู ตา จมูก ปาก ตามคำสั่ง เป็นต้น จากนั้นให้ฝึกการคิดบวก-ลบ โจทย์เลขคณิตศาสตร์แบบง่ายโดยจำลองสถานการณ์การไปซื้อของที่ร้านค้าและให้คิดคำนวณเงินเอง และให้ผ่อนคลายความเครียดโดยการเรียนรู้และฝึกการปลูกพืช-ผักไร้ดิน เป็นต้น จากนั้นสุ่มสมาชิก 1-2 คน สะท้อนคิดสิ่งที่ได้จากการทำกิจกรรม และชี้แจงกิจกรรมที่จะทำในครั้งต่อไป

สัปดาห์ที่ 7 : สติวิตรใจ (Mindfulness) ใช้เวลา 90 นาที ผู้วิจัยให้ผู้สูงอายุได้ฝึกสมาธิ - ภาวนา การแผ่เมตตา การฝึกฟังและการสนทนาธรรมกับครูบา-อาจารย์สายวัดกรรมฐาน ตามาด้วยการออกกำลังกายเชิงธรรมะ โดยการปิดกวาดลานวัด และเสนอตัวแบบผู้สูงอายุที่ใช้ธรรมะนำชีวิตในการสร้างความสุขในชีวิตประจำวัน จากนั้นให้ผู้สูงอายุทุกคนได้สะท้อนแนวคิด และสิ่งที่ได้จากการทำกิจกรรมในทุกกิจกรรมที่ผ่านมา

สัปดาห์ที่ 12 : การติดตามและการประเมินผล ใช้เวลา 60 นาที สรุปผลการดำเนินกิจกรรม และเก็บข้อมูลหลังจากการเข้าร่วมกิจกรรม

### การวิเคราะห์และสถิติที่ใช้ในการวิจัย

ผู้วิจัยทำการตรวจสอบความถูกต้องและความสมบูรณ์ของข้อมูลที่ได้แล้ว จึงนำมาวิเคราะห์ข้อมูล โดยการใช้โปรแกรมสำเร็จรูปทางคอมพิวเตอร์ โดยข้อมูลพื้นฐานวิเคราะห์ด้วยสถิติเชิงพรรณนา (Descriptive statistic) โดยการแจกแจง ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และใช้สถิติ t-test (dependent samples) และ t-test (Independent samples) ในการเปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยก่อนและหลังทดลอง

### จริยธรรมหรือการพิทักษ์สิทธิ์กลุ่มตัวอย่าง

ผู้วิจัยได้ชี้แจงวัตถุประสงค์การวิจัย และเก็บข้อมูลโดยให้กลุ่มตัวอย่างลงนามยินยอมก่อนเข้าร่วมกิจกรรม และกลุ่มตัวอย่างสามารถปฏิเสธได้โดยไม่มีผลกระทบใดๆ การนำเสนอข้อมูลจะทำในภาพรวมเท่านั้น งานวิจัยฉบับนี้ได้ผ่านการรับรองจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดหนองคาย (รหัส COA.NO NKPH 51/2563)

### ผลการวิจัย

ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง พบว่า ผู้สูงอายุส่วนใหญ่ในกลุ่มทดลอง เป็นเพศหญิง ร้อยละ 66.7 มีอายุอยู่ในช่วง 60-69 ปี ร้อยละ 58.4 มีสถานภาพสมรสคู่ ร้อยละ 58.4 ส่วนใหญ่ประกอบอาชีพเกษตรกร ร้อยละ 50 มีการศึกษาในระดับประถมศึกษา ร้อยละ 100 แหล่งที่มาของรายได้ส่วนใหญ่มาจากการทำางานเองและลูก - หลาน ร้อยละ 58.4 อาศัยอยู่กับอยู่กับคู่สมรสและลูก-หลาน, ลูกหลานมากที่สุด ร้อยละ 41.6 ผู้สูงอายุส่วนใหญ่มีโรคประจำตัว ร้อยละ 83.3 ซึ่งในช่วงระยะ 6 เดือนที่ผ่านมา ไม่มีประวัติเจ็บป่วยเลย ร้อยละ 58.4 ตามลำดับ

ส่วนผู้สูงอายุในกลุ่มควบคุม มีจำนวน 12 คน โดยส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 75 มีอายุอยู่ในช่วง 60-69 ปี ร้อยละ 66.7 มีสถานภาพสมรสคู่ ร้อยละ 58.4 ส่วนใหญ่ประกอบอาชีพเกษตรกร ร้อยละ 75 มีการศึกษาอยู่ในระดับประถมศึกษา ร้อยละ 100 มีรายได้มาจากการทำางานเองและลูก-หลานมากที่สุด ร้อยละ 50 อาศัยอยู่กับคู่สมรสและลูก-หลาน ร้อยละ 41.6 ผู้สูงอายุส่วนใหญ่มีโรคประจำตัว ร้อยละ 75 และในช่วงระยะ 6 เดือนที่ผ่านมามีอาการเจ็บป่วยบ้างเล็กน้อย ร้อยละ 58.4 ตามลำดับ

### 1.ค่าจำนวนและร้อยละ ของการมองเห็นคุณค่าในตนเอง ความเครียด สุขภาพจิต และสภาพสมองเบื้องต้น ของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

ค่าจำนวนและร้อยละ ของการมองเห็นคุณค่าในตนเอง ความเครียด สุขภาพจิต และสภาพสมองเบื้องต้นของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม แสดงดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 จำนวน ร้อยละ ระดับการมองเห็นคุณค่าในตนเอง ความเครียด สุขภาพจิต และสภาพสมองเบื้องต้นของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

	กลุ่มทดลอง (n=12)				กลุ่มควบคุม (n=12)			
	ก่อนทดลอง		หลังทดลอง		ก่อนทดลอง		หลังทดลอง	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
<b>การมองเห็นคุณค่าในตนเอง</b>								
ระดับต่ำ (≤ 10 คะแนน)	4	33.3	0	0	3	25	4	33.3
ระดับปานกลาง (11- 20 คะแนน)	8	66.7	5	41.6	8	66.7	7	58.4
ระดับสูง (21 - 30 คะแนน)	0	0	7	58.4	1	8.3	1	8.3

**ตารางที่ 1** จำนวน ร้อยละ ระดับการมองเห็นคุณค่าในตนเอง ความเครียด สุขภาพจิต และสภาพสมองเบื้องต้นของ  
 กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม (ต่อ)

	กลุ่มทดลอง (n=12)				กลุ่มควบคุม (n=12)			
	ก่อนทดลอง		หลังทดลอง		ก่อนทดลอง		หลังทดลอง	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
<b>ความเครียดของผู้สูงอายุ</b>								
ไม่มีความเครียด (0-4 คะแนน)	1	8.3	6	50	0	0	0	0
สงสัยมีความเครียด(5-7 คะแนน)	9	75	5	41.7	10	83.3	11	91.7
มีความเครียดสูง (> 8 คะแนน)	2	16.7	1	8.3	2	16.7	1	8.3
<b>สุขภาพจิตของผู้สูงอายุ</b>								
ต่ำกว่าคนทั่วไป (<=42 คะแนน)	4	33.3	0	0	4	33.3	4	33.3
เท่ากับคนทั่วไป (43-49 คะแนน)	6	50	5	41.6	7	58.4	8	66.7
ดีกว่าคนทั่วไป (50-60 คะแนน)	2	16.7	7	58.4	1	8.3	0	0
<b>สภาพสมองเบื้องต้น</b>								
คะแนน <= 14 คะแนน	2	16.7	0	0	0	0	2	16.7
คะแนน 15-17 คะแนน	7	58.3	2	16.7	9	75	8	66.7
คะแนน 18-22 คะแนน	3	25	9	75	3	25	2	16.7
คะแนน 23-30 คะแนน	0	0	1	8.3	0	0	0	0

จากตารางที่ 1 เมื่อพิจารณาค่าความแตกต่างของจำนวนและร้อยละ ของการมองเห็นคุณค่าในตนเอง ความเครียด สุขภาพจิต และสภาพสมองเบื้องต้น ของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม พบว่า

1.1 ด้านการมองเห็นคุณค่าในตนเองของผู้สูงอายุ ภายในกลุ่มทดลอง ระยะเวลาก่อนทดลอง พบว่า ผู้สูงอายุส่วนใหญ่มีระดับการมองเห็นคุณค่าในตนเองอยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 66.7 และภายหลังทดลอง พบว่า ผู้สูงอายุส่วนใหญ่มีระดับการมองเห็นคุณค่าในตนเองอยู่ในระดับสูงขึ้น ร้อยละ 58.4 ส่วนผู้สูงอายุที่อยู่ในกลุ่มควบคุมทั้งก่อนและหลังทดลอง ยังคงมีระดับการมองเห็นคุณค่าในตนเองอยู่ในระดับปานกลางเหมือนเดิม ร้อยละ 66.7 และ ร้อยละ 58.4 ตามลำดับ

1.2 ด้านความเครียดของผู้สูงอายุ ภายในกลุ่มทดลอง ระยะเวลาก่อนทดลอง พบว่า ผู้สูงอายุส่วนใหญ่สงสัยว่า มีปัญหาความเครียด ร้อยละ 75 และภายหลังทดลอง พบว่า ผู้สูงอายุส่วนใหญ่ไม่มีความเครียด ร้อยละ 50 ส่วนผู้สูงอายุที่อยู่ในกลุ่มควบคุม ทั้งก่อนและหลังทดลอง ยังคงสงสัยว่ามีปัญหาความเครียดเหมือนเดิม ร้อยละ 83.3 และร้อยละ 91.7 ตามลำดับ

1.3 ด้านสุขภาพจิตของผู้สูงอายุ ภายในกลุ่มทดลอง ระยะเวลาก่อนทดลอง พบว่า ผู้สูงอายุส่วนใหญ่มีสุขภาพจิตเท่ากับคนทั่วไป ร้อยละ 50 และภายหลังการทดลอง พบว่า ผู้สูงอายุส่วนใหญ่มีสุขภาพจิตดีกว่าคนทั่วไป

ร้อยละ 58.4 ส่วนผู้สูงอายุที่อยู่ในกลุ่มควบคุม ทั้งก่อนและหลังทดลอง พบว่า ผู้สูงอายุส่วนใหญ่ยังคงมีสุขภาพจิตเท่ากับคนทั่วไป ร้อยละ 58.4 และร้อยละ 66.7 ตามลำดับ

1.4 ด้านสภาพสมองเบื้องต้นของผู้สูงอายุ ภายในกลุ่มทดลอง ซึ่งระยะก่อนทดลอง พบว่า ผู้สูงอายุส่วนใหญ่จะมีแนวโน้มภาวะสมองเสื่อมโดยมีคะแนนสภาพสมองเบื้องต้นในช่วง 15- 17 คะแนน ร้อยละ 58.3 และภายหลังจากทดลอง พบว่า ผู้สูงอายุส่วนใหญ่จะไม่มีแนวโน้มภาวะสมองเสื่อมโดยมีคะแนนสภาพสมองเบื้องต้นในช่วง 18-22 คะแนน ร้อยละ 75 ส่วนผู้สูงอายุที่อยู่ในกลุ่มควบคุม ทั้งก่อนและหลังทดลอง พบว่า ผู้สูงอายุส่วนใหญ่จะมีแนวโน้มภาวะสมองเสื่อมโดยมีคะแนนสภาพสมองเบื้องต้นในช่วง 15-17 คะแนน ร้อยละ 75 และ 66.7 ตามลำดับ

## 2.การเปรียบเทียบความแตกต่างค่าเฉลี่ยคะแนนการมองเห็นคุณค่าในตนเอง ความเครียด สุขภาพจิต และสภาพสมองเบื้องต้นของผู้สูงอายุ

2.1 การเปรียบเทียบความแตกต่างค่าเฉลี่ยคะแนนการมองเห็นคุณค่าในตนเอง ความเครียด สุขภาพจิต และสภาพสมองเบื้องต้นของผู้สูงอายุ ภายในกลุ่มทดลองทั้งก่อนและหลังทดลอง แสดงดังตารางที่ 2

**ตารางที่ 2** การเปรียบเทียบความแตกต่างค่าเฉลี่ยคะแนนการมองเห็นคุณค่าในตนเอง ความเครียด สุขภาพจิต และสภาพสมองเบื้องต้นของผู้สูงอายุ ภายในกลุ่มทั้งกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

	ก่อน		หลัง		t	p-value
	$\bar{X}$	S.D	$\bar{X}$	S.D		
การมองเห็นคุณค่าในตนเอง						
กลุ่มทดลอง	1.23	0.40	2.06	0.30	- 7.24	0.000
กลุ่มควบคุม	1.67	0.36	1.54	0.45	0.740	0.475
ความเครียดของผู้สูงอายุ						
กลุ่มทดลอง	1.45	0.35	0.96	0.38	2.912	0.014
กลุ่มควบคุม	1.50	0.39	1.36	0.29	1.542	0.151
สุขภาพจิตของผู้สูงอายุ						
กลุ่มทดลอง	2.92	0.32	3.14	0.22	-2.511	0.029
กลุ่มควบคุม	2.87	0.29	2.83	0.24	0.043	0.610
สภาพสมองเบื้องต้น						
กลุ่มทดลอง	1.49	0.19	1.74	0.19	- 2.768	0.018
กลุ่มควบคุม	1.57	0.21	1.46	0.20	1.464	0.171

จากตารางที่ 2 เมื่อพิจารณาเปรียบเทียบความแตกต่างค่าเฉลี่ยคะแนนการมองเห็นคุณค่าในตนเอง ความเครียด สุขภาพจิต และสภาพสมองเบื้องต้นของผู้สูงอายุ ภายในกลุ่มทดลองทั้งก่อนและหลังทดลอง พบว่า ค่าเฉลี่ยคะแนนการมองเห็นคุณค่าในตนเอง ความเครียด สุขภาพจิต สภาพสมองเบื้องต้น มีความแตกต่างกัน

อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ.05 และเมื่อเปรียบเทียบความแตกต่างค่าเฉลี่ยคะแนนภายในกลุ่มควบคุมทั้งก่อนและหลังทดลอง พบว่า ค่าเฉลี่ยคะแนนการมองเห็นคุณค่าในตนเอง ความเครียด สุขภาพจิต สภาพสมองเบื้องต้นไม่มีความแตกต่างกัน

2.2การเปรียบเทียบความแตกต่างค่าเฉลี่ยคะแนนการมองเห็นคุณค่าในตนเอง ความเครียด สุขภาพจิต และสภาพสมองเบื้องต้นของผู้สูงอายุหลังการทดลอง ระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มควบคุม แสดงดังตารางที่ 3

**ตารางที่ 3** การเปรียบเทียบความแตกต่างค่าเฉลี่ยคะแนนการมองเห็นคุณค่าในตนเอง ความเครียด สุขภาพจิต และสภาพสมองเบื้องต้นของผู้สูงอายุหลังการทดลอง ระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มควบคุม

ตัวแปร	n	$\bar{X}$	S.D	t	p-value
การมองเห็นคุณค่าในตนเอง					
กลุ่มทดลอง	12	2.06	0.30	3.322	0.003
กลุ่มควบคุม	12	1.54	0.45		
ความเครียด					
กลุ่มทดลอง	12	0.96	0.38	-2.843	0.009
กลุ่มควบคุม	12	1.36	0.29		
สุขภาพจิต					
กลุ่มทดลอง	12	3.14	0.22	3.189	0.004
กลุ่มควบคุม	12	2.83	0.24		
สภาพสมองเบื้องต้น					
กลุ่มทดลอง	12	1.79	0.19	3.431	0.002
กลุ่มควบคุม	12	1.46	0.20		

จากตารางที่ 3 เมื่อพิจารณาเปรียบเทียบความแตกต่างค่าเฉลี่ยคะแนนการมองเห็นคุณค่าในตนเอง ความเครียด สุขภาพจิต และสภาพสมองเบื้องต้นของผู้สูงอายุ หลังการทดลอง ระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มควบคุม พบว่า ค่าเฉลี่ยคะแนนการมองเห็นคุณค่าในตนเอง ความเครียด สุขภาพจิต และสภาพสมองเบื้องต้น มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ.05

### สรุปและอภิปรายผล

1.การมองเห็นคุณค่าในตนเองของผู้สูงอายุ พบว่า ก่อนเข้าร่วมกิจกรรม ผู้สูงอายุกลุ่มทดลอง ส่วนใหญ่มีระดับการมองเห็นคุณค่าในตนเองอยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 66.7 ภายหลังเข้าร่วมกิจกรรม พบว่า ผู้สูงอายุมีระดับการมองเห็นคุณค่าในตนเองอยู่ในระดับสูงขึ้น ร้อยละ 58.4 ทั้งนี้เนื่องจากการส่งเสริมการเห็นคุณค่าในตนเองให้ผู้สูงอายุโดยให้ผู้สูงอายุสำรวจข้อดีและคุณค่าของตนเองกับการประยุกต์ใช้แนวคิดการระลึกถึงความหลังกับความสำเร็จหรือความประทับใจอดีต ผ่านการเล่าเรื่องราวที่สลับสับเปลี่ยนหมุนเวียนกันพูดทุกคน จะช่วยทำให้

ผู้สูงอายุรู้สึกดีต่อตนเอง มองเห็นคุณค่าของตนเองได้ง่ายขึ้น เกิดความภาคภูมิใจและมีความเชื่อมั่นในความดีงามของตนเอง จนสามารถสร้างรอยยิ้มและเสียงหัวเราะให้เกิดขึ้นได้ (Randall, Aging, irony, & wisdom, 2013) จากการให้ผู้สูงอายุได้แสดงความสามารถของตนเองได้อย่างเต็มที่ไม่ว่าจะเป็นการร้องรำ การเล่นเกมดนตรีพื้นบ้าน การปรุงยาสมุนไพรพื้นบ้าน การจักสานไม้ไผ่ การทำอาหารท้องถิ่น ฯลฯ นั้นจะช่วยสร้างบรรยากาศแห่งการเรียนรู้และเพิ่มความสนุกสนาน ความรื่นรมย์ที่ผสมผสานกับความตื่นตัวไปด้วยกัน เพราะนานๆครั้งที่ผู้สูงอายุจะได้มีโอกาสในการแสดงออก จากนั้นนำผลงานของผู้สูงอายุออกเผยแพร่ในชุมชนจากการใช้แผ่นภาพหรือแผ่นป้ายประชาสัมพันธ์และยังได้รับการเชิดชูเกียรติ ดังนั้นเมื่อมีคนในหมู่บ้านของตนเองกล่าวถึงชื่อเสียงและความสามารถตนเองไปในทางที่ดีงาม ก็จะช่วยให้สูงอายุภูมิใจกับผลงานและการใช้ชีวิตที่ผ่านมาของตนเอง มองภาพพจน์ตนเองดีขึ้น มีขวัญและกำลังใจในการดำเนินชีวิตต่อไป จากกิจกรรมที่จัดให้ผู้สูงอายุตามรูปแบบนั้นก่อให้เกิดความภาคภูมิใจและตระหนักถึงคุณค่าในตัวเอง และเมื่อผลการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนการมองเห็นคุณค่าในตนเองของผู้สูงอายุหลังทดลอง ระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มควบคุม พบว่า ค่าเฉลี่ยคะแนนการมองเห็นคุณค่าในตนเองมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของวาสนา วรณเกษม และรังสิมันต์สุนทรไชยา (2554) ว่า การระลึกถึงความหลังจะช่วยให้สูงอายุเกิดความพึงพอใจในประสบการณ์ที่ผ่านมา ภูมิใจในสิ่งที่เกิดขึ้นในอดีต โดยเฉพาะประสบการณ์ด้านบวก และมีกำลังใจที่จะมีชีวิตอยู่ในปัจจุบัน และสามารถบำบัดรักษาภาวะซึมเศร้าลงได้ เช่นเดียวกับการศึกษาพรณี ภาณุวัฒน์สุข (2558) พบว่า การจัดกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพจิตให้ผู้สูงอายุอย่างเหมาะสม ทำให้ผู้สูงอายุมีสภาพร่างกายและจิตใจที่ดี และสามารถทำให้ผู้สูงอายุมองเห็นคุณค่าของตนเองได้ง่าย และสิ่งเหล่านี้จะกลายเป็นปัจจัยพื้นฐานของการสุขภาพจิตที่ดีต่อไป

2. ในด้านความเครียดในผู้สูงอายุ พบว่า ก่อนเข้าร่วมกิจกรรม ผู้สูงอายุกลุ่มทดลอง ส่วนใหญ่สงสัยว่ามีความเครียดอยู่ในร้อยละ 75 ภายหลังเข้าร่วมกิจกรรม ผู้สูงอายุส่วนใหญ่ไม่มีความเครียด ร้อยละ 50 อธิบายได้ว่า การใช้คำถามปลายเปิดเพื่อกระตุ้นให้ผู้สูงอายุได้พูดคุย และได้ระบาย ความเครียด ความวิตกกังวล ฯลฯ ออกมา พร้อมกับเปิดโอกาสให้ผู้สูงอายุได้พูดคุยแลกเปลี่ยนมุมมองในประเด็นต่างๆร่วมกัน ก็จะช่วยให้ส่งเสริมให้ผู้สูงอายุได้เรียนรู้กับแนวคิด วิธีการในการแก้ปัญหาในแง่มุมที่หลากหลายของแต่ละคน ที่สามารถนำไปประยุกต์ใช้กับตนเองได้อย่างเหมาะสม ทำให้ผู้สูงอายุไม่รู้สึกโดดเดี่ยวและได้กำลังใจมากยิ่งขึ้น ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของกรัยรัชช นาคขำ (2560) พบว่า ถ้าหากผู้สูงอายุมีประสบการณ์หรือปัญหาของตนเองแล้วไปสอดคล้องหรือคล้ายคลึงกับปัญหาของเพื่อน และเพื่อนสะท้อนความคิดที่แตกต่างออกไป จะทำให้เกิดความรู้ ความเข้าใจกว้างขวางมากขึ้น มองเห็นปัญหาได้ชัดเจนยิ่งขึ้น ซึ่งการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ที่หลากหลาย จะทำให้ได้ข้อเสนอแนะที่เป็นประโยชน์มากยิ่งขึ้น และยังช่วยเสริมสร้างแนวทางและวิธีการที่จะใช้ในการแก้ปัญหาในรูปแบบใหม่ๆแทนที่จะยึดติดอยู่กับวิธีการเดิมที่ตนเองใช้แก้ปัญหามาก่อน (เกรียงศักดิ์ ธรรมอภิพล และคณะ, 2557) ในส่วนของการฝึกการมองโลกในแง่ดีนั้นจะเป็นอีกวิธีการหนึ่งที่จะช่วยในการปรับเปลี่ยนวิธีคิดในด้านลบให้ทดแทนด้วยวิธีคิดในเชิงบวก สามารถเชื่อมโยงถึงที่มาของปัญหา เกิดความเข้าใจในปัญหาและยอมรับสิ่งที่เกิดขึ้นได้และมองหาทางเลือกที่สมเหตุสมผลมากขึ้นในการ

แก้ปัญหา ทำให้ผู้สูงอายุมีวิธีการแก้ปัญหาในแง่มุมใหม่ๆที่สามารถปรับใช้ในการดำเนินชีวิตได้เหมาะสมยิ่งขึ้น โดยเฉพาะอย่างยิ่งการแสวงหาโอกาสท่ามกลางปัญหาละอุปสรรค ก่อให้เกิดพลังและกำลังใจในการใช้ชีวิตได้ (สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ, 2560) ในการผ่อนคลายความเครียดโดยจัดให้ผู้สูงอายุได้วาดภาพ ใบหน้าตนเองพร้อมการระบายสีตามจินตนาการ รวมทั้งให้ผู้สูงอายุได้แสดงความสามารถของตนเองที่หลากหลาย หรือ แสดงความสามารถในสิ่งที่ตนเองถนัด ก็จะช่วยสร้างบรรยากาศแห่งรอยยิ้มและเสียงหัวเราะ ซึ่งเป็นการผ่อนคลาย ความเครียดไปในตัว สอดคล้องกับกรมสุขภาพจิต (2558) ที่ว่าอารมณ์ถือเป็นพลังชีวิต เป็นสีสันของชีวิต และยังมี พลังมหาศาลในการดำรงชีวิต ดังนั้นผู้สูงอายุที่มีอารมณ์ดีจะเป็นผู้มีชีวิตชีวา ไม่เหงา ห่างไกลจากภาวะซึมเศร้า จะเห็นได้ว่าการจัดกิจกรรมตามรูปแบบที่จัดทำให้ผู้สูงอายุในกลุ่มทดลองนั้นภายหลังเข้าร่วมกิจกรรม จะพบ ค่าเฉลี่ยคะแนนความเครียดต่ำกว่าก่อนทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ เมื่อเปรียบเทียบกับค่าเฉลี่ยคะแนนความเครียด ของผู้สูงอายุหลังทดลองระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มควบคุม พบว่า ค่าเฉลี่ยคะแนนความเครียดมีความแตกต่างกัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

3.ด้านสุขภาพจิตผู้สูงอายุ พบว่า ก่อนเข้าร่วมกิจกรรม ผู้สูงอายุในกลุ่มทดลอง ส่วนใหญ่มีสุขภาพจิต เท่ากับคนทั่วไป ร้อยละ 50 ภายหลังเข้าร่วมกิจกรรม พบว่า ผู้สูงอายุส่วนใหญ่มีสุขภาพจิตดีกว่าคนทั่วไปถึงร้อยละ 58.4 นั้นเป็นเพราะกิจกรรมที่จัดให้ผู้สูงอายุโดยการฝึกสมาธิ เจริญสติ ภาวนา เข้าวัดปฏิบัติธรรมตามหลัก พระพุทธศาสนานั้นมีส่วนช่วยให้ผู้สูงอายุได้มีจิตใจที่สงบ ร่มเย็นและเป็นสุขมากขึ้น มองเห็นภาพและเข้าใจกับสิ่ง ต่างๆที่เกิดขึ้นตามความเป็นจริง สามารถอยู่กับความเป็นจริงของโลกและชีวิตได้อย่างปกติ สอดคล้องกับคำกล่าว ที่ว่า ศาสนามีความเกี่ยวข้องกับผู้สูงอายุอย่างแน่นเหนียวไปจนกระทั่งช่วงสุดท้ายของชีวิต ผลจากการดำเนินชีวิตตาม รอยศาสนาทำให้ชีวิตซึ่งเศร้าน้อยลงก่อให้เกิดความเข้มแข็งทางใจมากขึ้น สามารถอยู่กับความเป็นจริงของโลกและ ชีวิตได้อย่างปกติสุข สอดคล้องกับการศึกษาที่ผ่านมาสถาบันเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ (2547) ที่พบว่า การฝึกสมาธิเป็น ศิลปะพาให้เกิดความสุข ส่งผลต่อภาวะสุขภาพจิตทางด้านคุณภาพของจิตใจด้วย ประกอบกับการส่งเสริมให้ผู้สูงอายุ ได้ใช้เวลาว่างให้เกิดประโยชน์จากการปลูกพืช-ผัก ไร่นา (ผักเหวดดา) โดยผู้วิจัยได้ลงมือสาธิตให้ดูเป็นตัวอย่างก่อน จากนั้นให้ผู้สูงอายุได้ฝึกปฏิบัติตาม ซึ่งเป็นกิจกรรมที่ผู้สูงอายุสนใจที่จะเรียนรู้มากเป็นพิเศษ เพราะสามารถนำไปใช้ ประโยชน์ได้จริง และยังช่วยผ่อนคลายความเครียด สร้างความเพลิดเพลินไปในตัวด้วย ซึ่งสอดคล้องกับพรณี ภาณุวัฒน์สุข (2555) ที่ว่า การทำงานอดิเรกที่ใช้แรงกายและหากจัดให้เกิดความเหมาะสมแล้ว ก็จะช่วยส่งเสริมทำให้ ร่างกายแข็งแรง มีจิตใจเบิกบาน จากการจัดให้มีการปัด-กวาดลานวัดหลังการเจริญสตินั้น ถือได้ว่าเป็นการออกกำลังกาย ในอีกรูปแบบหนึ่ง ในแง่มุมของออกกำลังกายเชิงธรรมะซึ่งเป็นรูปแบบที่พระสายธรรมยุตปฏิบัติ และนำมาปรับ และประยุกต์ใช้กับผู้สูงอายุ ซึ่งช่วยให้ผู้สูงอายุได้เกิดการผ่อนคลายเส้นเอ็นไปในตัวช่วยไม่ยึดติดกัน ได้ยืดเหยียด ร่างกายหลังนั่งนิ่งๆในการฝึกสมาธิมาสักระยะหนึ่ง แล้วยังพัฒนาการเคลื่อนไหวกล้ามเนื้อแขนขา ไปพร้อมๆกัน ซึ่งมี ประโยชน์อย่างมากต่อผู้สูงอายุที่พึ่งออกจากการเจริญสติในแนวพุทธ สอดคล้องกับวิธีการที่ว่า การออกกำลังกาย อย่างสม่ำเสมอ นั้น เปรียบเสมือนยาอายุวัฒนะที่สำคัญขนานหนึ่ง ที่จะช่วยให้ผู้สูงอายุมีสุขภาพที่ดีขึ้น

ช่วยชะลอความเสื่อมระบบต่างๆของร่างกายและช่วยให้มีสุขภาพจิตที่ดีขึ้น (ชลธิชา จันทศิริ, 2559) จะเห็นได้จากหลังการทดลอง ผู้สูงอายุในกลุ่มทดลองจะมีค่าเฉลี่ยคะแนนสุขภาพจิตดีกว่าก่อนทดลองและดีกว่ากลุ่มควบคุม เมื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนสุขภาพจิตของผู้สูงอายุ หลังทดลองระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม พบว่าค่าเฉลี่ยคะแนนสุขภาพจิตมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

4. สภาพสมองเบื้องต้นของผู้สูงอายุที่อยู่ในกลุ่มทดลอง ซึ่งระยะก่อนเข้าร่วมกิจกรรม พบว่า ผู้สูงอายุส่วนใหญ่ น่าจะมีแนวโน้มภาวะสมองเสื่อม โดยมีคะแนนสภาพสมองเบื้องต้นในช่วง 15 - 17 คะแนน ร้อยละ 58.3 และภายหลังก่อนเข้าร่วมกิจกรรม ผู้สูงอายุส่วนใหญ่ น่าจะไม่มีแนวโน้มภาวะสมองเสื่อม โดยมีคะแนนสภาพสมองเบื้องต้นในช่วง 18-22 คะแนน ร้อยละ 75 ซึ่งอธิบายได้ว่า ในการกระตุ้นการทำงานของสมอง เพื่อช่วยในการเสริมความคิด เพิ่มความจำ ร่วมกับการทำงานของกล้ามเนื้อส่วนต่างๆของร่างกาย โดยการกระตุ้นการใช้ความคิดและการลงมือปฏิบัติจากการวาดภาพระบายสีตามจินตนาการ และให้ต่อจุดทำให้เกิดภาพนั้น จะช่วยพัฒนาระบบกล้ามเนื้อและระบบประสาทให้ทำงานสอดประสานกันดีขึ้น และยังส่งเสริมความจำให้ดีขึ้นกว่าเดิม สอดคล้องกับการวิจัยของ ัญญณรี วรงค์จารุรัตน์ (2559) ที่ว่า กระบวนการทางสติปัญญาเพิ่มขึ้นหลังได้รับการฝึกทักษะทางด้านศิลปะ ซึ่งจะช่วยส่งเสริมความจำ การรู้คิด และสามารถใช้ส่งเสริมศักยภาพสมองในผู้สูงอายุอย่างได้ผล และให้ผู้สูงอายุกลุ่มทดลองได้ใช้ความคิดในการจับคู่สิ่งต่างๆที่คล้ายคลึงกันเข้ากลุ่มเดียวกัน จะช่วยในการเชื่อมโยงสมองให้หาความสัมพันธ์ภาพกับจินตนาการจากการสร้างภาพในใจสมอง จะช่วยฟื้นฟูความจำได้ดียิ่งขึ้น ซึ่งสอดคล้องกับแนวคิดของ Belkofer, Hecke & Konopka (2008) ที่ว่า การใช้ความคิดจินตนาการกับภาพ จะทำให้สมองสร้างคลื่นสมองความถี่ต่ำ ช่วยลดความตึงเครียดทั้งร่างกายและจิตใจ ชะลอความเสื่อมของร่างกายและสมองได้

ในส่วนการให้ผู้สูงอายุได้ฝึกบวก - ลบ โจทย์เลขคณิตศาสตร์แบบง่าย โดยการจำลองสถานการณ์ไปซื้อของและคิดคำนวณเงินเองนั้น จะช่วยในการฝึกทักษะการคิดให้ผู้สูงอายุโดยตรง ในการกระตุ้นความคิดให้สมองทำงานบ่อยๆ จะช่วยเพิ่มจำนวนเส้นใยของเซลล์ประสาทให้เกิดการเชื่อมต่อของเซลล์สมองมีมากขึ้น ช่วยเพิ่มสมรรถภาพสมองโดยตรง และยังมีผลต่อการชะลอการเกิดสมองเสื่อมได้ (Spector, 2003) ในส่วนของการฝึกใช้มือบริหารสมองและการเคลื่อนไหวร่างกายและข้อต่อต่างๆนั้น เป็นการกระตุ้นให้ผู้สูงอายุในกลุ่มทดลองได้ฝึกทักษะการใช้ความคิด ร่วมกับการกระตุ้นกล้ามเนื้อ จะช่วยส่งเสริมการทำงานของระบบประสาทต่างๆของกล้ามเนื้อและจิตใจประสานกันได้ดียิ่งขึ้น กระตุ้นการไหลเวียนเลือด ส่งผลให้การไหลเวียนโลหิตๆไปที่สมองมากขึ้นและออกซิเจนเพิ่มขึ้น จะเพิ่มประสิทธิภาพการทำงานของสมองได้เองโดยอัตโนมัติ (ชนันท์วัลย์ วุฒินโภคิน, ปารีชาติ อ้นองอาจ, และพินดา ไชยมิ่ง, 2563) เช่นเดียวกับการศึกษาของศิริกุล การณเจริญพาณิชย์ (2558) พบว่า การใช้สมองอย่างต่อเนื่องหรือการบริหารสมองบ่อยๆ เป็นวิธีที่จะช่วยในการชะลอความเสื่อมของสมอง อันมีส่วนในการช่วยลดการสูญเสียด้านความจำทำให้ผู้สูงอายุมีความจำที่ดีขึ้นโดยการใช้สมองอย่างต่อเนื่องและทำการบริหารสมองอย่างถูกวิธีถึงแม้ว่าจะมีอายุมากขึ้นแล้วก็ตาม และในจัดกิจกรรมให้ผู้สูงอายุได้เรียนรู้สิ่งใหม่ที่ไม่คุ้นชิน เช่น การฝึกการจัดลำดับความคิดหรือจดจำข้อมูลต่างๆ เช่น วัน เวลา สถานที่ บุคคล หมายเลขโทรศัพท์ เป็นต้น และเป็นกิจกรรมที่เกี่ยวข้อง

กับการฝึกฝนด้านความจำ เพิ่มความสามารถของสมองในการทบทวนความจำ กระบวนการคิด การไตร่ตรอง เป็นการฝึกที่จะช่วยให้ผู้สูงอายุยังคงมีความจำที่ดีขึ้น ช่วยชะลอความเสื่อมและมีคุณภาพชีวิตที่ดีได้ (กรมสุขภาพจิต, 2558) ในส่วนของการฝึกใช้มือบริหารสมอง โดยการทำงานประสานระหว่างมือ ตา เท้า ตามคำสั่งนั้นจะเป็นการช่วยในใช้ความคิดร่วมกับการกระตุ้นกล้ามเนื้อให้ทำงานประสานกันกับระบบประสาทต่างๆให้ได้ดียิ่งขึ้น ซึ่งเป็นกิจกรรมการบริหารสมอง หรือการออกกำลังกายสมอง (Neurobic Exercise) โดยใช้ประสาทสัมผัสทั้งห้าร่วมกับอารมณ์ความรู้สึก เพื่อช่วยกระตุ้นเซลล์สมองให้มีสุขภาพดี โดยมีหลักการว่าหากมีการเรียนรู้สิ่งใหม่ตลอดเวลาไม่ทำอะไรซ้ำซาก จะเป็นการกระตุ้นให้สมองมีการแตกกิ่งก้านสาขาเพิ่มขึ้น สมองไม่เสื่อมถอย (Lawrence CKatz, 1999) ดังนั้นเมื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนสภาพสมองเบื้องต้นหลังทดลองระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมพบว่า ค่าเฉลี่ยคะแนนสภาพสมองเบื้องต้นมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

ดังนั้น รูปแบบการส่งเสริมสุขภาพในการป้องกันปัญหาสุขภาพจิตและภาวะสมองเสื่อมของผู้สูงอายุ ในชุมชน จึงเป็นรูปแบบที่ดีที่สุดเหมาะสมกับผู้สูงอายุ เนื่องจากเป็นรูปแบบที่มีกิจกรรมที่หลากหลายที่นำมาผสมผสานกันได้อย่างลงตัว ประกอบกับใช้กระบวนการที่ทำให้ผู้สูงอายุได้ลงมือปฏิบัติด้วยตนเอง ส่งผลทำให้ผู้สูงอายุได้เรียนรู้ง่ายขึ้น สร้างความเข้มแข็งทางจิตใจ สร้างความเชื่อมั่นต่อความสามารถในการดูแลตนเองและกล้าเผชิญปัญหาต่างๆ ที่จะเกิดขึ้น และพร้อมที่จะปรับตัวและแก้ไขปัญหาของตนเองได้อย่างเหมาะสม นำไปสู่การพึ่งพาตนเองอย่างเต็มที่ ตามกำลังของตน ก่อนที่จะไปพึ่งพาอาศัยบุคคลคนอื่นในครอบครัวหรือสังคม

### การนำผลการวิจัยไปใช้ประโยชน์

1. เนื่องจากการกระตุ้นการทำงานของสมองหรือภาวะทางด้านจิตใจ จะต้องใช้เวลาในเปลี่ยนแปลง ดังนั้นเพื่อผลสำเร็จของการใช้กิจกรรมตามรูปแบบ จึงต้องคำนึงถึงเวลาที่ใช้เวลาดำเนินการให้มากขึ้นด้วย และควรมีการติดตามประเมินผลเป็นช่วงๆเพื่อติดตามความยั่งยืนของรูปแบบ
2. สามารถนำผลการวิจัยไปเป็นข้อมูลพื้นฐานในการจัดทำนโยบายภาครัฐและหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง ในการให้การสนับสนุน ส่งเสริมสุขภาพในผู้สูงอายุเพื่อการป้องกันปัญหาสุขภาพจิตและภาวะสมองเสื่อมได้
3. ควรพัฒนาและปรับปรุงแนวทางในการค้นหาปัญหา อุปสรรค จุดอ่อน และจุดแข็งของผู้สูงอายุภายในชุมชนก่อนจะนำรูปแบบกิจกรรมดังกล่าวไปใช้ ทั้งนี้เพื่อให้สอดคล้องและเหมาะสมกับบริบทของชุมชนนั้นๆ มากยิ่งขึ้น

### ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรมีการศึกษาในการนำเทคโนโลยีและนวัตกรรมใหม่ๆ มาปรับใช้ให้สามารถเข้าถึงได้ง่ายและรวดเร็ว ในการส่งเสริมองค์ความรู้ ความเข้าใจในการป้องกันสุขภาพจิตและภาวะสมองเสื่อมในผู้สูงอายุ รวมทั้งระบบการประเมินผ่านแอปพลิเคชันบนโทรศัพท์มือถือ ใช้ในการตอบข้อสงสัยประเด็นต่างๆ ตลอดจนการพัฒนากระบวนการให้ความช่วยเหลือ และส่งต่อผู้สูงอายุที่มีปัญหาด้านสุขภาพจิตและภาวะสมองเสื่อมโดยการประสานความร่วมมือกับสถานบริการด้านสุขภาพในพื้นที่

2. ควรมีการออกแบบการดูแลผู้สูงอายุแบบเป็นองค์รวมครอบคลุมทุกมิติ ใช้แนวคิดการใช้ชุมชนเป็นฐาน และสอดคล้องกับบริบทของชุมชน รวมถึงการใช้แนวคิดทุนทางสังคมโดยเฉพาะทุนทางวัฒนธรรม ความกตัญญู ความเป็นเครือญาติยังคงเป็นหัวใจสำคัญในการพัฒนากลไกการป้องกันปัญหาด้านต่างๆกับผู้สูงอายุได้เป็นอย่างดี

### เอกสารอ้างอิง

- กรัยรัชช์ นาคขำ. (2560). ผลของโปรแกรมการสร้างพลังอำนาจ และการออกกำลังกายแบบแรงต้านต่อภาวะเปราะบางของผู้สูงอายุในชุมชน (วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต). กรุงเทพฯ: คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- กรมกิจการผู้สูงอายุ กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์. (2562). มาตรการขับเคลื่อนระเบียบวาระแห่งชาติ เรื่องสังคมสูงอายุ (พิมพ์ครั้งที่ 2). กรุงเทพฯ: บริษัทอัมรินทร์พรินตติ้งแอนพับลิชชิ่งจำกัด (มหาชน).
- กรมสุขภาพจิต. (2558). คู่มือความสุข 5 มิติสำหรับผู้สูงอายุ (ฉบับปรับปรุง) (พิมพ์ครั้งที่ 6). นนทบุรี: โรงพิมพ์ชุมนุมสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย จำกัด.
- กรมสุขภาพจิต. (2559). แผนยุทธศาสตร์กรมสุขภาพจิตในช่วงแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติฉบับ 12 (พ.ศ. 2560-2564). กรุงเทพฯ: กระทรวงสาธารณสุข.
- กรมสุขภาพจิต. (2563). ก้าวย่างของประเทศไทย สู่สังคมผู้สูงอายุอย่างสมบูรณ์แบบ. สืบค้น 12 มกราคม 2563, จาก <https://www.dmh.go.th/news-dmh/view.asp?id=30476>
- เกรียงศักดิ์ ธรรมอภิพล และคณะ. (2557). การวิจัยอย่างมีส่วนร่วมในการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้สูงอายุแบบองค์รวม. นนทบุรี: กระทรวงสาธารณสุข.
- จิตติยา สมบัติบุรณ์ และคณะ. (2562). ความสุขของผู้สูงอายุไทยในยุค Thailand 4.0.วารสารวิทยาลัยพยาบาลพระปกเกล้า จันทบุรี ,30(2), 222-223.
- ชนันท์วัลย์ วุฒิชโนภคิน, ปารีชาติ อ้นองอาจ, และพนิดา ไชยมิ่ง. (2563). ผลการฝึก Brain Gym ต่อการทรงตัว การประสานสัมพันธ์ การรับรู้และคุณภาพชีวิตในผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม. วารสารมหาวิทยาลัยคริสเตียน, 26(1), 70-73.
- ชลธิชา จันทศิริ. (2559). การส่งเสริมพฤติกรรมการออกกำลังกายในผู้สูงอายุที่เปราะบาง. วารสารคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา, 24(2), 11-12.
- ธัญญ์นรี วรรงค์จารรัตน์. (2559). ผลของศิลปะบำบัดต่อศักยภาพสมอง ด้านกระบวนการทางสติปัญญาในผู้สูงอายุ (วิทยาศาสตร์มหาบัณฑิต). เชียงราย: มหาวิทยาลัยแม่ฟ้าหลวง.
- นริสา วงศ์พนารักษ์ และสายสมร เฉลยกิตติ. (2557). ภาวะซึมเศร้า : ปัญหาสุขภาพจิตสำคัญในผู้สูงอายุ. วารสารพยาบาลทหารบก, 15(3), 25-26.

## เอกสารอ้างอิง (ต่อ)

- นวรรตน์ ไวมงกุ, รัตติภรณ์ บุญทัศน์ และ นภชา สิงห์วีระธรรม. (2562). การส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุตามหลัก 3 อ. *วารสารเครือข่ายวิทยาลัยพยาบาลและการสาธารณสุขภาคใต้*, 6(2), 265-266.
- ประภาส อุครานันท์. (2558). การพัฒนาและทดสอบแบบประเมินสุขภาพจิตผู้สูงอายุ. *วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย*, 60(1), 35-48.
- พรรณณี ภาณุวัฒน์สุข, นันทน์ภัส ประสานทอง. (2558). *คู่มือวิทยากรในการจัดกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพจิตและป้องกันปัญหาสุขภาพจิตผู้สูงอายุในสถานบริการสุขภาพ*. กรุงเทพฯ: ชุมนุมสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย จำกัด.
- วาสนา วรรณเกษมและรังสิมันต์ สุนทรไชยา. (2554). ผลของโปรแกรมการพยาบาลที่เน้นการปรับตัวและการระลึกถึงความหลังต่ออาการซึมเศร้าของผู้ป่วยสูงที่เป็นโรคซึมเศร้า. *วารสารการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต*, 25(3), 82-96.
- ศิริกุล การณเจริญพาณิชย์. (2558). ผู้สูงอายุด้วยภาวะสมองเสื่อมและการพยาบาล: บทบาทที่ทำนายสำหรับพยาบาล. *วารสารพยาบาลกระทรวงสาธารณสุข*, 26(2), 99-110.
- สถาบันเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ. (2547). การดูแลรักษาโรคผู้สูงอายุด้วยการแพทย์ทางเลือกสำหรับบุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุข. นนทบุรี: กรมการแพทย์.
- สถาบันเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ. (2551). *การประเมินเทคโนโลยีทางการแพทย์ เรื่องการเปรียบเทียบความสัมพันธ์แบบทดสอบสภาพสมองเสื่อมเบื้องต้น ฉบับภาษาไทย (MMSE-Thai2002) และแบบทดสอบสมรรถภาพสมองไทย ในการคัดกรองผู้สูงอายุภาวะสมองเสื่อม*. กรุงเทพฯ: บริษัทซีจีที จำกัด.
- สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ. (2560). *เทคนิคการจัดการอารมณ์และความคิด*. สืบค้น 8 มีนาคม 2563, จาก <https://www.thaihealth.or.th/Conte.html>
- สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ. (2561). *เรียนรู้และเข้าใจวันสูงอายุ* (พิมพ์ครั้งที่ 1). กรุงเทพฯ: บริษัทยีนยงการพิมพ์ จำกัด.
- สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข. (2560). *เอกสารประกอบพิธีลงนามบันทึกข้อตกลงความร่วมมือการบูรณาการความร่วมมือการพัฒนาคนตลอดช่วงชีวิต (กลุ่มเด็กและผู้สูงอายุ)*. สืบค้น 23 มกราคม 2563, จาก [http://bps.moph.go.th/new\\_bps/node/183](http://bps.moph.go.th/new_bps/node/183)
- สำนักงานเลขาธิการสภาผู้แทนราษฎร. (2561). *สังคมผู้สูงอายุกับการขับเคลื่อนเศรษฐกิจ*. สืบค้น 23 มกราคม 2563, จาก [https://library2.parliament.go.th/ejournal/content\\_af/2561/jul2561-1.pdf](https://library2.parliament.go.th/ejournal/content_af/2561/jul2561-1.pdf)
- สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดหนองคาย. (2563). *รายงานประจำปีงบประมาณ 2562*. สืบค้น 2 กุมภาพันธ์ 2563, จาก <http://www.nko2.moph.go.th/plan/index.php?plan=w5-year report>

### เอกสารอ้างอิง (ต่อ)

- สำนักพัฒนาระบบข้อมูลข่าวสารสุขภาพ. (2562). *สุขภาพคนไทย 2562 : สื่อสังคม สื่อสองคม สุขภาวะคนไทยในโลกโซเชียล* (พิมพ์ครั้งที่ 1). นครปฐม: สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล.
- อรรรรณ ศิลปกิจ. (2551). แบบวัดความเครียดฉบับศรีธัญญา. *วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย*, 16(3), 177-185.
- Belkofer, C. M. & Konopka, L. M. (2008). Conducting Art Therapy Research Using Quantitative EEG Measures. *Art Therapy. Journal of the American Art Therapy Association*, 25(2), 56-63.
- Fagundes, T. A., Danielle, A. G. P., Kátia, M. P., Bueno, & Assis, M. G. (2017). Functional disability in elderly with dementia. *Cadernos de Terapia Ocupacional*, 25(1), 159-169. doi: 10.4322/0104-4931. ctoAO0818
- Lawrence C.Katz. & Manning Rubin (1999) *Keep Your Brain Alive*, Workman Publishing Company, New York.
- Randall, W. Aging, irony, and wisdom. (2013). On the narrative psychology of late life *Theory & Psychology*, 23(2), 164-183.
- Spector, A. (2003). Efficacy of an evidence-based cognitive stimulation therapy Programmer for People with dementia: Randomize controlled trial. *The British Journal of Psychiatry*, 18(3), 248-254.